

АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ

Мадяр Володимир Васильович

УДК 616-002.5+616.712-089.844

ІНТРАПЛЕВРАЛЬНА ТОРАКОПЛАСТИКА В ЛІКУВАННІ РОЗПОВСЮДЖЕНИХ ФОРМ
ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

14.01.03 - Хірургія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Київ – 2005

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана на медичному факультеті Сумського державного університету Міністерства освіти України.

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор

Дужий Ігор Дмитрович, завідувач кафедри загальної хірургії з курсом фтизіатрії та променевої діагностики Сумського державного університету

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор

Гетьман Вадим Григорович, професор кафедри пульмонології Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України

доктор медичних наук, професор

Радіонов Борис Васильович, завідувач відділенням торакальної хірургії Інституту фтизіатрії і пульмонології ім.Ф.Г.Яновського АМН України, лауреат Державної премії в галузі науки і техніки, Заслужений лікар України

Провідна установа: Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького МОЗ України, кафедра загальної хірургії.

Захист відбудеться "29" квітня 2005 р. о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.561.01 в Інституті хірургії та трансплантології АМН України (03680 м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Інституту хірургії та трансплантології АМН України (03680 м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30).

Автореферат розісланий "29" березня 2005 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради
Д 26.561.01, д. мед. н.

Литвиненко О.М.

Підп. до друку 23.03.2005 р. Формат 60x84/16. Обл.-вид. арк. 0,9.
Умов. друк. арк. 0,9. Тираж 100 пр. Вид. № 390.

**Віддруковано у ВВП “Мрія-1” ЛТД. 40030, Суми, Кузнечна, 2.
Тел. 22-13-23, 22-15-05, 218-215.**

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Серед хворих на туберкульоз легень особливо важку групу складають хворі із розповсюдженими ураженнями однієї легені і наявністю обмежених вогнищевих та деструктивних змін протилежної легені. Однак, не звертаючи увагу на вже існуючий значний арсенал оперативних втручань на легенях у хворих на розповсюджений деструктивний туберкульоз, розробка нових методик і нестандартних тактичних підходів з метою попередження та ліквідації післяопераційних плевро-легеневих ускладнень, вивчення їх результатів є обґрунтованим науково-практичним дослідженням.

Виконання у таких хворих полісегментарних або комбінованих резекцій на боці більшого ураження дає значний відсоток плевролегеневих ускладнень: обмежені специфічні емпієми, загострення туберкульозного процесу (Сліпуха І.М., Радіонов Б.В., Лозовий Є.Х., 1990). Такі операції як плевропневмонектомія, на тлі резистентності, призводять до прогресування процесу в єдиній легені, утворюючи значну загрозу життю пацієнтів (Дужий І.Д., 2003; Фещенко Ю.І., Мельник В.М., 1998).

Пріоритетним є напрямок удосконалення методів хірургічного лікування розповсюдженого деструктивного туберкульозу легень – це розробка операцій, що направлені на зменшення травматичності втручань, максимальне збереження функціональних резервів системи дихання. При цьому необхідним є забезпечення ефективного загоєння легеневих деструкцій, створення умов для припинення або значного зменшення об'єму специфічного запалення і зв'язаного з ним бактеріовиділення, інтоксикації, збіднення компенсаторно-адаптаційних резервів (Радіонов Б.В., Калабуха Ю.Ф., Савенков Ю.Ф., 2001).

У зв'язку з цим, в умовах зміненого патоморфозу туберкульозу, його клініки з наявністю супутньої патології, зниженням функціональних показників кардіореспіраторної системи, вираженого інтоксикаційного синдрому, поліорганної недостатності різного ступеню вираженості, – нову якість набувають органозберігаючі нерезекційного типу колапсохірургічні втручання, які широко застосовувались в період 40 – 50 років ХХ сторіччя, тобто до появи протитуберкульозних препаратів (ПТП). Це такі операції, як екстраплевральна торакопластика, штучний пневмоторакс, екстраплевральний пневмоліз, кавернопластика, пневмоперітонеум (Богуш Л.К., Наумов В.Н., 1985).

За останні 10 – 15 років частота первинних екстраплевральних торакопластик підвищилась з 5% до 10% у певних груп хворих з двобічним розповсюдженим туберкульозним процесом, що явно не відповідає вимогам у цих видах втручань (Радіонов Б.В., 1999; Дужий І.Д., 2001).

Наукові розробки та отримані практичні результати, які свідчать про високу ефективність колапсохірургічних втручань у хворих з одно- і двобічним розповсюдженим деструктивним туберкульозом легень, особливо з хіміорезистентністю мікобактерій туберкульозу (МБТ), викликають в останні роки підвищений інтерес і потребу в них.

Разом із тим, в наш час торакальних хірургів непокоять незадовільні результати полісегментарних, комбінованих та розширених резекцій при розповсюдженому туберкульозі легень у зв'язку із значною кількістю плевролегеневих післяопераційних ускладнень. За даними різних авторів їх частота, в залежності від об'єму виконаних резекцій, коливається від 12,5% до 42,4%, що значно погіршує загальні результати хірургічних втручань (Пристайко Я.Й., 1995; Радіонов Б.В., Савенков Ю.Ф., 2000; Перельман М.І., 2001).

У зв'язку з цим наукова розробка і практичне впровадження ефективних хірургічних методик інтраопераційної та післяопераційної корекції відповідності об'єму плевральної порожнини до легеневої паренхіми, що залишилась, є сьогодні одним із пріоритетних і не вирішених

направлень у торакальній хірургії.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дане наукове дослідження впливає з комплексних робіт медичного факультету Сумського Державного Університету – “Вивчення стану здоров'я дитячого і дорослого населення Сумської області в умовах впливу соціальних, економічних і екологічних факторів” державна реєстрація № 0101U002098, 2001 року в Українському Інституті Науково-технічної та економічної інформації, а також проблеми, яка вивчається кафедрою загальної хірургії з курсом фіззіатрії СумДУ “Діагностика і хірургічне лікування розповсюджених та ускладнених форм туберкульозу легень і плеври” під керуванням доктора медичних наук, професора І.Д. Дужого.

Мета і задачі дослідження: оптимізація хірургічного лікування хворих на розповсюджений деструктивний хіміорезистентний туберкульоз легень і підвищення ефективності інтраопераційної хірургічної корекції плевролегеневих ускладнень на основі розробки нових методик та застосування симультанних втручань.

Для досягнення зазначеної мети дослідження були спрямовані на вирішення таких задач:

1. Вивчити показання і протипоказання до оперативного лікування хворих на розповсюджений туберкульоз легень (РТЛ) та при резистентності МБТ до антибактеріальних препаратів.
2. Визначити характер та довготривалість передопераційної підготовки хворих із РТЛ і хіміорезистентністю МБТ.
3. Розробити власну модифікацію інтраплевральної торакопластики (ІТ) в простому та розширеному варіантах.
4. Вивчити показання до виконання простої та розширеної ІТ по нашій методиці.
5. Вивчити перебіг післяопераційного періоду після застосування модифікованої інтраплевральної торакопластики.
6. Вивчити особливості післяопераційних ускладнень при розширених резекціях легень у хворих на РТЛ при застосуванні інтраплевральної торакопластики.
7. Вивчити вплив симультанних операцій (резекція легені + ІТ) на медичну, функціональну та соціальну реабілітацію хворих.
8. Скласти практичні рекомендації по диференційованому застосуванню різноманітних підходів при хірургічному лікуванні хворих із РТЛ та хіміорезистентністю МБТ.

Об'єкт дослідження – розповсюджений та хіміорезистентний туберкульоз легень.

Предмет дослідження – інтраопераційні та післяопераційні хірургічні методи корекції об'єму оперованого гемітораку при розширених резекціях легені з метою попередження і лікування плевролегеневих ускладнень.

Методи дослідження. Для постановки діагнозу, оцінки характеру та динаміки процесу, визначення результатів лікування використовувався комплекс загальноприйнятих методів дослідження: загальноклінічних, рентгенологічних, клініко-лабораторних, мікробіологічних, біохімічних та функціональних. Статистична обробка результатів досліджень проводилася шляхом розрахунку t-критерію Ст'юдента із застосуванням програми Excel-2000 (Лапач С.Н. з співавт., 2000).

Основним та вирішальним методом дослідження було комплексне рентгенологічне обстеження хворих (оглядові рентгенограми органів грудної клітини, багатівісьова рентгенографія, томографія). Для визначення характеру і ступеню запалення слизової оболонки бронхів виконувалась діагностична фібробронхоскопія.

Особлива увага приділялась багаторазовому дослідженню харкотиння на наявність МБТ методом бактеріоскопії (з попереднім збагаченням харкотиння) та висіву на щільне яєчне живильне середовище із визначенням чутливості отриманих культур МБТ до основних і резервних ПТП.

Дослідження функції зовнішнього дихання проводилось на спірометрі „Spirosit - 3000„ та „Метатест-1”. Функціональний стан серцево-судинної системи вивчався на шестиканальному електрокардіографі ЕК GT-02 модель 013 та одноканальному ЕК IT-03 M2.

Наукова новизна одержаних результатів.

1. Розроблені нові види колапсохірургічних втручань – проста і розширена інтраплевральна торакопластика.
2. Дано топографо-анатомічне обґрунтування і клінічно доведена оперативно-технічна можливість та ефективність корекції оперованого геміторака після розширених резекцій легень – симультанне втручання.
3. Удосконалено техніку виконання ІТ в розширеному її варіанті.
4. Доведена можливість і ефективність виконання одночасних двобічних резекцій легень із трансстернального доступу при хіміорезистентному туберкульозі та при розповсюдженості процесу в межах однієї частки з кожної сторони.
5. Вивчено характер післяопераційних специфічних та неспецифічних ускладнень, розроблені заходи їх профілактики і лікування.
6. Вивчена частота і причини рецидивів та реактивацій специфічного процесу в післяопераційний період у хворих із хіміорезистентним РТЛ, визначені засоби їх попередження та лікування.
7. Доведено значення доопераційного, інтраопераційного та післяопераційного пневмоперітонеуму в профілактиці і лікуванні плевролегеневих ускладнень та загострень тубпроцесу.
8. Вивчені результати медичної, функціональної і соціальної реабілітації у віддалений післяопераційний період та дана ретроспективна оцінка ефективності різних видів хірургічних втручань.
9. На підставі аналізу безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування хворих із розповсюдженими формами хіміорезистентного туберкульозу рекомендована комплексна методика та необхідна довготривалість передопераційної підготовки та післяопераційного лікування.

Таким чином, у ході дослідження вирішено актуальну задачу торакальної хірургії – підвищення ефективності хірургічного лікування хворих із розповсюдженим та хіміорезистентним туберкульозом легень шляхом зменшення кількості і важкості інтра- та післяоперативних плевролегеневих ускладнень за рахунок розробки і впровадження нових видів колапсохірургічних методик для їх корекції.

Практичне значення одержаних результатів. На підставі аналізу результатів досліджень визначені критерії розвитку плевролегеневих післяопераційних ускладнень, а також причини і частота загострень та рецидивів тубпроцесу в ранньому та віддаленому післяопераційному періоді.

Розроблені нові хірургічні методики й техніка виконання розширеної ІТ з метою попередження та лікування післяопераційних плевролегеневих ускладнень, що дозволяє розширити межі операбельності хворих із хіміорезистентним РТЛ.

Розроблені ефективні схеми передопераційної підготовки та післяопераційного лікування, які дозволили покращити загальні результати комплексного лікування хворих.

Створений лікувально-тактичний алгоритм прийняття рішень при виборі методу хірургічної корекції та попередження плевролегеневих ускладнень, що суттєво підвищує ефективність оперативної допомоги цій важкій групі хворих.

Результати досліджень впроваджені в клінічну практику хірургічних відділень в Сумському, Львівському, Тернопільському, Харківському, Вінницькому, Дніпропетровському ОПТД, Інституті фтизіатрії і пульмонології ім.Ф.Г.Яновського АМН України.

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно розроблено варіант розширеної інтраплевральної торакопластики, а також технологія симультанних втручань із застосуванням різних об'ємів ІТ. Вивчення безпосередніх та віддалених результатів оперативного лікування хворих із РТЛ із включенням власної модифікації ІТ та без неї повністю виконані автором.

Розподіл ІТ на просту й розширену, обґрунтування проведення 5-ребрової ІТ як лікувально-профілактичного оперативного втручання належить особисто дисертанту. Біля 40% усіх представлених у роботі оперативних втручань виконані здобувачем самостійно.

Апробація результатів дисертації. Фрагменти дисертаційної роботи повідомлені на: 8 підсумковій науково-практичній конференції медичного факультету Сумського Державного Університету 23-25 квітня 2001 року; 10-й ювілейній науково-практичній конференції Сумського Державного Університету 23-25 квітня 2002 року; науково-практичній конференції хірургів Сумської області (квітень 2003 р.); обласній конференції фтизіатрів Сумської області (грудень 2003 р.); 9-й науково-практичній конференції завідувачів кафедр загальної хірургії вищих навчальних закладів України (м.Запоріжжя, січень 2003 р.)

Публікації. За темою дисертації опубліковано 7 наукових робіт, в тому числі 6 статей у фахових наукових виданнях, рекомендованих ВАК України, 1 тези доповіді. Подано заявку на отримання патенту України на винахід “Спосіб лікувально-профілактичної інтраплевральної торакопластики”, яка зареєстрована за № 7519/2 від 17 червня 2004 року.

Обсяг та структура дисертації. Дисертація складається із вступу, 5 розділів (огляду літератури, 4 розділів власних спостережень), закінчення, висновків, списку використаної літератури.

Робота викладена на 169 сторінках друкованого тексту, ілюстрована 24 малюнками і 21 таблицею. Список літератури включає 302 джерела, із них 221 із країн колишнього СНГ і 81 із країн дальнього зарубіжжя.

Результати дослідження дозволили виділити такі положення, що виносяться на захист:

1. Найважливішими причинами неефективності хірургічного лікування хворих на розповсюджений туберкульоз легень з резистентними формами збудника є необґрунтовано великі об'єми резекцій легеневої паренхіми, які створюють умови для розвитку післяопераційних плевролегеневих ускладнень та загострень специфічного процесу.

2. Інтраплевральна корегуюча торакопластика, доопераційний, інтраопераційний та післяопераційний пневмоперітонеум дозволяє знизити кількість плевро-легеневих ускладнень та летальних наслідків в основній групі у порівнянні із групою спостереження в 2,9 рази.

3. Інтенсивна комплексна передопераційна підготовка, що включає поліхіміотерапію, ендобронхіальну санацію, корекцію функціональних та метаболічних порушень у хворих з РТЛ дозволяє оптимізувати показання до розширених резекцій і знизити частоту загострень і прогресування специфічного процесу в ранньому та віддаленому післяопераційному періодах, а також покращити загальні результати операцій.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Всього в межах виконання роботи було прооперовано 401 хворого протягом 1976 – 2001 рр.

При обстеженні хворих застосовувались загальноклінічні, рентгенологічні, мікробіологічні, лабораторні та функціональні методи, фібробронхоскопія, підсумування анкетних даних хворих з протитуберкульозних диспансерів про перебіг віддаленого періоду лікування та спостереження. Нами проаналізована клініко-рентгенологічна, бактеріологічна характеристика 134 хворих основної групи, оперованих із застосуванням ІТ та інших колапсотерапевтичних методик, визначений морфологічний характер та розповсюдженість ураження обох легень (табл.1).

Таблиця 1

Характер бактеріовиділення та резистентності МБТ у хворих основної групи

Клінічні форми туберкульозу легень	МБТ не виявлені	МБТ виявлені	Інтенсивність бактеріовиділення		Характер резистентності МБТ серед виявлених				
					полірезис-тен-тність		мультирезис-тен-тність		
			помірне	масивне	абс.	%	абс.	%	
Циротичний n = 2	2	-	-	-	-	-	-	-	
Фіброзно-кавернозний n = 106	35	71	28	43	19	27,1	19	27,1	
Дисемінований n = 19	3	16	7	9	4	23,5	4	23,5	
Множинні туберкуломи з розпадом n = 7	2	5	2	3	1	20	2	40	
Всього	абс.	42	92	37	55	24		25	
	% в групі	31,3±4,0	68,6±4,0	40,2±5,1	44,6±5,2	26,1±4,6		27,2±4,6	

Подібний аналіз проведений у 267 хворих групи спостереження, оперованих із застосуванням тільки резекційних методик.

За характером клінічних форм туберкульозного процесу, його важкості, розповсюдженості та давності обидві групи пацієнтів були рівноцінні.

Серед основної групи 2 (1,5%) пацієнти були оперовані з приводу циротичного туберкульозу, 106 (79,1%) – фіброзно-кавернозного, 19 (14,2%) – дисемінованого туберкульозу з розпадом, 7 (5,2%) – множинних туберкулом з розпадом.

У групі спостереження прооперовані з приводу циротичного туберкульозу 26 (9,7%) хворих, фіброзно-кавернозного – 144 (53,9%), дисемінованого туберкульозу з розпадом – 19 (7,1%), множинних туберкулом з розпадом – 78 (29,2%) хворих.

Пацієнти працездатного віку (від 20 до 60 років) склали в обох групах максимальну більшість (97,8% і 94,4% відповідно).

Вказані вище клінічні форми туберкульозу у хворих основної групи та групи спостереження мали багатомісячний або багаторічний період формування, низьку ефективність основного курсу протитуберкульозної терапії і по характеру клініко-рентгено-морфологічних незворотних змін підлягали хірургічному лікуванню.

Клінічну важкість та епідемічну небезпечність пацієнтів підтверджували дані про масивність бактеріовиділення і ступінь резистентності виділених МБТ до ПТП.

Із 134 хворих основної групи перед оперативним втручанням постійне бактеріовиділення відмічалось у 92 (68,7%). При цьому масивне виділення МБТ відмічалось у 55 (41,0%), а помірне – у 37 (27,6%) хворих із різними клінічними формами туберкульозу. У 53,3% бактеріовиділювачів основної групи МБТ мали різний ступінь резистентності до протитуберкульозних препаратів.

Аналогічні дані були отримані в групі спостереження, де із 267 хворих було 129 (48,3%) бактеріовиділювачів. Помірне бактеріовиділення спостерігали у 56 (21,0%) хворих, а масивне – у 73 (27,3%). Полі- та мультирезистентність МБТ виявлена у 33,3% і 26,3% хворих основної та групи спостереження відповідно (табл. 2).

Таким чином, за характером і давністю клініко-рентгено-морфологічних змін та згідно бактеріологічній характеристиці процесу, хворі обох груп відносились до групи пацієнтів з підвищеним ризиком хірургічного лікування. Це в свою чергу спонукало нас до розробки ефективних схем передопераційної підготовки, суворо індивідуальних показань у виборі методики

Таблиця 2

Характер бактеріовиділення та резистентності МБТ у хворих групи спостереження

Клінічні форми туберкульозу легень	МБТ не виявлені	МБТ виявлені	Інтенсивність бактеріовиділення		Характер резистентності МБТ серед виявлених				
					полірезистентність		мультирезистентність		
			помірне	масивне	абс.	%	абс.	%	
Циротичний n = 26	19	7	3	4	2	28,5	1	14,2	
Фіброзно-каверно-зний n = 144	63	81	37	44	29	35,8	20	27,1	
Дисемінований n = 19	3	16	5	11	3	18,7	5	31,2	
Множинні туберкуломи з розпадом n = 78	53	25	11	14	9	36,0	8	32,0	
Всього	абс.	138	129	56	73	43		34	
	% в групі	31,3 ± 4,0	68,7 ± 4,0	46,7 ± 5,2	26,1 ± 4,6	33,3 ± 4,9		26,3 ± 4,6	

оперативних втручань, кваліфікованих лікувально-діагностичних рішень ведення післяопераційного періоду, своєчасної та адекватної тактики при ліквідації виникаючих бронхо-плевральних ускладнень.

Передопераційна підготовка у хворих проводилась в 2-х основних напрямках. Загальне лікування було направлене на боротьбу із специфічною інфекцією та інтоксикацією, покращення функції кардіореспіраторної системи, корекцію порушеного білково-вітамінного та водно-сольового балансу. При цьому об'єм та характер передопераційної підготовки був суворо індивідуальний та визначався загальним станом хворого перед хірургічним втручанням, характером та розповсюдженістю процесу, виявленими клінічними, функціональними та метаболічними порушеннями. В основному тривалість підготовки складала від 2 до 6 тижнів.

Із 4-х різних клінічних форм туберкульозу важкість клінічного перебігу була найменшою при циротичному туберкульозі та множинних туберкуломах із розпадом, що визначало менш тривалий строк передопераційної підготовки, який склав в середньому 3 – 6 тижнів. У пацієнтів із розповсюдженими резистентними формами фіброзно-кавернозного та дисемінованого туберкульозу із розпадом, при наявності вираженого інтоксикаційного синдрому, зниженими функціональними резервами кардіореспіраторної системи, з високим ступенем специфічного та неспецифічного запалення бронхів, – характер та термін передопераційної підготовки був максимально інтенсивним та тривалим.

Особливу увагу на етапі передопераційної підготовки ми приділяли питанню ендобронхіальної санації. В зв'язку з цим, нами розроблений алгоритм організаційних заходів по ендобронхіальній санації при високих ступенях вираженості специфічного та гнійного бронхіту на доопераційному етапі. Згідно наших правил при наявності ендобронхіту I – II ступеню, поряд із базисною терапією призначався інгаляційний курс антибактеріальних препаратів з глюкокортикоїдами.

У пацієнтів із II ступенем ендобронхіту, разом із курсом інгаляційних процедур виконувались повторні лікувальні фібробронхоскопії.

При наявності III ступеню ендобронхіту, який погано піддавався вказаним методам лікування, нами виконувалась мікротрахеостомія із 3-хразовим за добу крапельним внутрішньотрахеальним вливанням антибіотиків, глюкокортикоїдів, ліпосомальних препаратів, протеолітичних ферментів, бронхолітиків, ефективних антисептиків.

При плануванні операцій розширеного резекційного характеру (лобектомії, білобектомії, пневмонектомії) зниження ступеню ендобронхіту до 0 – I ступеню запалення ми вважали

обов'язковою умовою, ясно розуміючи існуючий прямий кореляційний зв'язок між наявністю до операції вираженого ступеню запалення бронхів та виникненням неспроможності механічних швів кукси бронху із формуванням бронхо-плевральних гнійних ускладнень.

З урахуванням характеру та розповсюдженості легеневого процесу у хворих основної та контрольної груп були виконані резекції легень різного об'єму.

В основній групі справа верхні білобектомії виконані у 7 (5,1%), комбіновані резекції (видалення С 1,2, 6) – у 3 (2,2%) оперованих, розширені комбіновані резекції (С 1,2,3 + С 6) – у 29 (21,3%), правобічні пневмонектомії – 4 (2,9%). У зв'язку з функціональною неоперабельністю тільки ІТ проведені 3 (2,2%) хворим.

Оперативні втручання на лівій легені, а саме, комбіновані резекції (С 1,2, 6) перенесли 10 (7,4%) пацієнтів, розширені комбіновані резекції (С 1,2,3, 6) – 2 (1,5%), а резекції (С 1–5 + С 6) – 11 (8,1%) оперованих. При цьому лівобічних пневмонектомій було зроблено 6 (4,4%), тільки ІТ – 2 (1,5%).

Зазначені оперативні втручання резекційного характеру справа поєднувались з декортикацією у 7 пацієнтів та плевректомією – у 2 хворих. Лівобічні резекції були доповнені декортикацією у 4 випадках, а плевректомією – у 9 оперованих.

Об'єм і характер оперативних втручань у хворих у групі спостереження був наступним. Оперативних втручань резекційного характеру на правій легені виконано 162 (55,9%), на лівій – 128 (44,1%). Сегментарні та бісегментарні резекції на правій легені виконані у 29 (10,0%), а на лівій легені – у 24 (8,2%) хворих. При цьому справа виконано 53 лобектомії: верхньої частки – у 30 хворих, середньої – у 7, нижньої – у 16 пацієнтів. У хворих з лівобічною локалізацією процесу у 9 пацієнтів виконана верхня і у 9 нижня лобектомії. Верхня білобектомія на правій легені проведена у 9 пацієнтів. Комбіновані резекції простого та розширеного характеру виконані справа 41 пацієнту, а зліва – 35 оперованим. Операції по типу пневмон – і плевропневмонектомії справа виконані у 30 (11,3%) випадках, а зліва – у 42 (14,5%).

Серед пацієнтів групи спостереження операції декомпресійного характеру, умовно названі нами відновлювальними, виконані в доповнення до резекцій у 80 хворих. Із вказаної кількості хворих декортикації проведені у 11 пацієнтів, плевректомії – у 69.

При обмежених двобічних деструктивних процесах було виконано 23 одномоментні двобічні резекції з використанням трансстернального доступу.

За характером специфічного процесу у 15 пацієнтів були двобічні туберкуломи із розпадом, з приводу яких резектовано уражені сегменти обох легень.

З приводу обмеженого фіброзно-кавернозного туберкульозу легень прооперовано 6 пацієнтів, яким були резектовано по 2 верхівко-задніх сегменти з обох сторін.

Із двох пацієнтів із обмеженим дисемінованим туберкульозом з розпадом у одного справа та зліва резектовані С 1, 2, а у другого – справа середня частка, а зліва – язичкові сегменти (С4,5). При аналізі результатів одномоментних двобічних резекцій із трансстернального доступу нами не відмічено ускладненого перебігу раннього та віддаленого післяопераційного періодів. Також не спостерігалось порушень компенсаторної функції кардіореспіраторної системи.

Хороші функціональні результати відмічені більш ніж у 90% оперованих.

Спостереження за хворими, що перенесли операції резекційного типу, вказують, що частота реактивацій специфічного процесу та бронхоплевральні ускладнення пов'язані з наявністю туберкульозних змін у відділах легеневої паренхіми, які залишаються після резекції основного патологічного процесу. І це в першу чергу пов'язано з неможливістю заповнити геміторакс частинами легені, що залишилися після резекції. Стійке формування залишкової плевральної порожнини, розвиток неспроможності швів бронхів або паренхіми приводить до розвитку важких

бронхоплевральних ускладнень гнійного характеру, що вимагають повторних хірургічних втручань.

Підвищення ефективності хірургічного лікування даної категорії хворих, за нашими спостереженнями, може бути досягнуте при використанні доповнюючих резекції операцій колабуючого типу (торакопластика, пневмоліз, пневмоперітонеум інтраопераційний) паралельно з хірургічними маніпуляціями відновлювального (декомпресійного) характеру, – декортикації та плевректомії.

Ми прийшли до чіткого переконання, що виконання екстраплевральної торакопластики при відкритому гемітораксі недоцільно, оскільки візуальний контроль за локалізацією та розмірами залишкової пострезекційної плевральної порожнини та залишеними специфічними змінами в паренхимі легені є недостатнім. Тому нами розроблені та впроваджені в клінічну практику методи інтраопераційної корегуючої торакопластики в простому та розширеному варіантах, а також визначені основні показання для їх виконання.

Основними показаннями для виконання корегуючої інтраплевральної торакопластики ми вважаємо наступні ситуації:

- наявність великих та середніх вогнищ в сегментах легені, що залишилися після резекції основного процесу;
- наявність специфічних змін (вогнища, каверни до 2 см в діаметрі) у протилежній легені;
- наявність резистентності МБТ до протитуберкульозних препаратів;
- погана переносимість протитуберкульозних препаратів;
- повторні операції на тій же легені;
- реторакотомії у зв'язку з плевролегеневими та геморагічними ускладненнями;
- резекції легень, які супроводжуються плевректомією або декортикацією;
- неспроможність резектованої легені заповнити плевральну порожнину;
- наявність протипоказань для розширення об'єму резекції;
- як альтернатива пневмонектомії при функціональній неоперабельності хворого;
- прості та розширені комбіновані резекції легені;
- емфізема та пневмосклероз відділів легені, що залишилися;
- відсутність технічних можливостей виконати часткову резекцію.

Нами розроблено 2 види інтраопераційної корегуючої торакопластики (простий та розширений варіанти), застосування яких здійснюється залежно від виникаючих після резекційного етапу операції ситуаціях (табл. 3).

Варіант простої інтраплевральної торакопластики – це видалення задніх відрізків 5 ребер від хребта до задньої або середньо-аксілярної лінії. При цьому принципове значення має обов'язкове видалення 5 ребра для звільнення верхнього заднього зубчастого м'яза. Невиконання даного положення утворює “шатро”, при якому м'які тканини паравертебрального відділу гемітораку утримуються зубчастим м'язом і не провисають всередину гемітораку.

Цей варіант торакопластики нами виконувався з метою зменшення об'єму гемітораку в верхньо-задніх відділах після виконання комбінованих резекцій – видалення С 1,2 та С 6 або верхньої частки та шостого сегменту.

Таблиця 3

Вид та об'єм інтраплевральної торакопластики та тривалість компресії
у хворих основної групи

Клінічні форми	Вид торакопластики										Вид компресії		Тривалість компресії в тижнях			
	правий геміторахс		лівий геміторахс		кількість резектованих ребер						пов'язка	підшитий валик	тижня			
	про-ста	роз-ши-ре-на	про-ста	роз-ши-ре-на	2	3	4	5	6	всього хво-рих			2	3	4	
Циротичний n=2	1	1	-	-	1	-	1	-	-	2	2	-	-	2	-	
Фіброзно-кавернозний n=106	29	33	11	33	3	18	60	23	2	106	104	2	2	91	13	
Дисемінований із розпадом n=19	5	10	3	3	-	-	11	8	-	19	17	2	1	16	2	
Множинні туберкуломи з розпадом n=7	1	2	2	2	3	3	1	-	-	7	7	-	1	6	-	
Всього	абс.	36	46	16	38	7	21	73	31	2	134	130	4	4	115	15
	% в групі	26,5 ±7,4	33,8 ±7,0	11,8 ±8,3	27,9 ±7,3	5,2	15,0 ±8,0	54,4 ±5,8	23,1 ±7,5	1,5	100,0	97,0 ±1,59	3,0	3,0	86,0 ±2,5	11,2

Особливістю розширеного варіанту інтраплевральної торакопластики є повна декостація склепіння плеври – видалення I – III ребер від хребта до грудини. Резекція IV – V і VI ребер виконується від хребта до передньо-аксілярної лінії з метою занурення лопатки разом з мобілізованою задньою стінкою геміторахсу вперед та всередину.

Цей варіант торакопластики показаний після розширених полісегментарних та комбінованих резекцій з метою зменшення об'єму геміторахсу у верхньо-задніх відділах та додатковій компресії С6, при залишених в ньому деструктивних або вогнищевих змінах.

В основній групі різноманітного об'єму резекційні втручання були доповнені у 80 (60,3%) випадках інтраплевральними корегуючими торакопластиками на правому геміторахсі і у 54 (39,7%) – на лівому. У переважаючої більшості пацієнтів (93,0%) були виконані 3 – 5 реберні ІТ в простому та розширеному варіантах.

Кількість інтра- та післяопераційних ускладнень у значній мірі залежить від правильності показань до даного виду оперативного втручання, індивідуальної техніки хірурга та грамотного ведення післяопераційного періоду. Що ж стосується летальних наслідків, то частина із них може бути пов'язана з причинами, які не залежать від технічного виконання оперативного втручання (ТЕЛА, гострі порушення коронарного кровообігу, гострі порушення мозкового кровообігу), інші ж можуть бути обумовлені дефектами анестезіологічного забезпечення або оперативно-технічними помилками.

В основній групі пацієнтів неускладнений перебіг післяопераційного періоду спостерігався у 100 (74,6%) оперованих. Різноманітні ускладнення в ранньому післяопераційному періоді були у 34 (25,4%) прооперованих. При цьому основна кількість ускладнень та летальних наслідків

спостерігалась серед оперованих з приводу розповсюджених форм фіброзно-кавернозного та дисемінованого туберкульозу із розпадом. Із 34 ускладнень – 27 спостерігались в 1 підгрупі і 5 серед пацієнтів з дисемінованими процесами. Серед них померло 10 пацієнтів, 9 та 1 відповідно (табл. 4).

Із 267 оперованих хворих у групі спостереження неускладнений перебіг раннього післяопераційного періоду відмічений у 147 (55,0%) пацієнтів. Ускладнення різного ступеню важкості констатовані у 120 оперованих, що складало 45,0%. При цьому серед пацієнтів, оперованих з приводу розповсюдженого фіброзно-кавернозного туберкульозу, ускладнений

Таблиця 4

Післяопераційні ускладнення у хворих основної групи

Характер післяопераційних ускладнень	Клінічні форми туберкульозу				Всього ускладнень	
	цироти-чний, n = 2	фіброзно-кавернозний n = 106	дисеміно-ваний із розпадом n = 19	множинні туберку-л оми n = 7		
	n 1 = 2	n 1 = 97	n 1 = 18	n 1 = 7	абс.	%
Без ускладнень	1	79	14	6	100	74,6±3,8
Гостра внутрішньо-плевральна кровотеча	-	3	-	-	3	2,4±1,4
ТЕЛА	1	6 (5)	-	-	7	5,6±2,1
Гостре порушення серцевої діяльності	-	2 (2)	1 (1)	-	3	2,4±1,4
Набряк легень, пневмонія	-	2 (1)	-	-	2	1,6±1,1
Прогресування туберкульозного процесу	-	2	-	-	2	1,6±1,1
Остеомієліт ребер	-	1	-	-	1	0,8±0,8
Нагноєння післяопераційної рани	-	-	-	-	-	-
Залишкова плевральна порожнина	-	11	4	1	16	12,9±3,0
Всього ускладнень в підгрупах	1	27	5	1	34	25,4±3,8
Всього померло в підгрупах	абс.	-	9	1	10	7,5±2,4
	%	-	6,75±2,2	0,75±0,7		

Примітка: 1) в дужках – померлі;

2) n - кількість хворих у підгрупі;

3) n 1 – кількість хворих у підгрупі без померлих.

перебіг спостерігався у 74 (61,6%) випадках, серед хворих із множинними туберкуломами з розпадом – у 23 (19,2%), а серед оперованих з приводу циротичного та дисемінованого туберкульозу відповідно у 10,8% та 8,3% від усіх ускладнень. Загальна летальність у групі спостереження склала 7,8%. Найбільша кількість пацієнтів померла серед оперованих з приводу фіброзно-кавернозного, дисемінованого та циротичного туберкульозу: 9, 5, 4 хворих відповідно (табл. 5).

Наведені дані свідчать про кращі безпосередні результати хірургічного лікування серед хворих основної групи, в яких нами виконувались корегуючі ІТ та інші колабуючі методи та втручання відновлювального і декомпресійного характеру – плевректомії та декортикації. При хірургічному лікуванні хворих із розповсюдженими деструктивними формами туберкульозу легень операціями резекційного характеру, що найбільш часто виконуються, є полісегментарні та комбіновані резекції. Втручання розширеного об'єму часто протипоказані у зв'язку з двобічними процесами, первинною та вторинною резистентністю МБТ до ПТП, значними функціональними та загальносоматичними порушеннями. У зв'язку із цим найбільш частими післяопераційними ускладненнями у хворих основної групи та групи спостереження були бронхоплевральні ускладнення.

Серед оперованих основної групи ці ускладнення виникли після 16 оперативних втручань. Для ліквідації 5 із них нами використані – полідренування, активна постійна аспірація, пневмоперітонеум, тимчасова ендоскопічна оклюзія дренажних бронхів.

В 11 випадках були використані методи хірургічної корекції – інтраплевральна та екстраплевральна торакопластики, пластика та ушивання бронхіальних норниць, плевректомії та декортикації. На госпітальному етапі усі зазначені бронхоплевральні ускладнення були надійно ліквідовані.

Серед 267 оперованих хворих групи спостереження різні види бронхоплевральних ускладнень виникли у 75 пацієнтів (табл. 5).

Для їх ліквідації було виконано 117 різних оперативних втручань та хірургічних маніпуляцій. У 14 (12,0%) виконані корегуючі ІТ; у 51 (43,5%) – екстраплевральні торакопластики, у 10 (8,5%) – м'язова пластика бронхіальних норниць, у 9 (7,7%) – дренування плевральної порожнини за Бюлау, у 22 (18,8%) – різні малі хірургічні втручання (полідренування, плевродез, лікувальні та діагностичні торакоскопії, пневмоперітонеум).

Таким чином, використання у хворих основної групи доповнюючих резекції операцій та маніпуляцій колабуючого (інтра- та екстраплевральна торакопластика, верхівковий та медіастинальний пневмоліз) та відновлювального типу (плевректомія й декортикація) дозволили покращити безпосередні результати хірургічного лікування.

В основній групі із 97 оперованих з приводу фіброзно-кавернозного туберкульозу протягом перших 10 тижнів післяопераційної хіміотерапії бактеріовиділення припинилося у 41 пацієнта. Із 18 оперованих з приводу дисемінованого туберкульозу із розпадом у 9 бактеріовиділення припинилося в перші 8 тижнів та ще у 2-х – на 14 – 16 тижні післяопераційного періоду.

Серед 7 обстежених пацієнтів, що перенесли оперативне втручання з приводу множинних туберкулом із розпадом у 4-х МБТ в харкотинні не було протягом 1-го місяця. Таким чином, проведені оперативні втручання за запропонованою нами методикою та раціональна хіміотерапія санували в післяопераційному періоді 56 (48,1%) наших хворих.

Із 22 обстежених пацієнтів із групи спостереження, оперованих з приводу циротичного туберкульозу, у 19-ти МБТ не визначались, а у 3 інших бактеріовиділення припинилося на 4 і 10 тижні післяопераційного періоду.

Із 132 досліджених хворих із фіброзно-кавернозним туберкульозом МБТ відразу після операції не виявлялись у 63 хворих. В перші 6 тижнів бактеріовиділення припинилося ще у 20 оперованих, а в наступні 1,5 міс – ще у 14 хворих.

Таблиця 5

Післяопераційні ускладнення у хворих групи спостереження

Характер післяопераційних	Клінічні форми туберкульозу	Всього ускладнень
---------------------------	-----------------------------	-------------------

ускладнень	циротичний n=26	фіброзно каверноз ний n=144	дисеміно- ваний із розпадом n=19	множинні тубер-кул оми n=78		
					n1=22	n1=135
Без ускладнень	13	70	9	55	147	55,0±3,0*
Гостра внутрішньоплевральна кровотеча	2(1)	-	4(3)	3	9(4)	3,4±1,1(1,5)
ТЕЛІА	1(1)	5(3)	1	2	9(4)	3,4±1,1(1,5)
Гостре порушення серцево-судинної діяльності	3(1)	11(3)	1(1)	2(1)	17(6)	6,4±1,5(2,2)
Ателектаз легені	1	2	-	-	3	1,1±0,64
Набряк легені, гостра пневмонія	-	4(2)	1(1)	2(1)	7(4)	2,6±0,9(1,5)
Прогресування тубпроцесу	3(1)	5(1)	-	2(1)	10(3)	3,7±1,2(1,1)
Залишкова плевральна порожнина	3	47	3	12	65	24,3±2,6*
Всього ускладнень в підгрупах	13	74	10	23	120	45,0±3,0*
Всього померло в підгрупах	абс.	4	9	5	3	21
	%	1,5±0,7	3,4±1,1	1,9±0,8	1,1±0,6	

Примітка: 1) в дужках – померлі;

2) n - кількість хворих у підгрупі;

3) n 1 – кількість хворих у підгрупі без померлих;

4) * – вірогідна різниця в порівнянні з даними основної групи
($p < 0,01-0,001$).

Бактеріовиділення в ранньому післяопераційному періоді тривало у 14 із 17 обстежених із дисемінованим процесом. До кінця другого місяця післяопераційного періоду ще у 7 хворих бактеріовиділення було відсутнім.

Із 66 прооперованих з приводу множинних туберкулом із розпадом у 53 після операції МБТ в харкотинні не визначались. Протягом 2-х міс післяопераційного періоду ще у 9 пацієнтів бактеріовиділення припинилось.

Таким чином із 237 (88,7%) досліджених із групи спостереження в ранньому післяопераційному періоді бактеріовиділення було відсутнім у 138 (51,7%).

Під впливом післяопераційної хіміотерапії в перші 12 тижнів ще у 53 (21,5%) пацієнтів аналізи харкотиння на наявність МБТ стали негативними.

В основній групі реактивація специфічного процесу не спостерігалася у 113 (91,2 ± 2,7%) анкетованих. Загострення до 1 року спостереження виникло у 2 (1,6%) випадках. Із них загострення після хірургічного лікування дисемінованого туберкульозу легень мало місце у 1 хворого і фіброзно-кавернозного туберкульозу легень – у 1. Загострення від 1 до 2 років після основного курсу лікування мало місце у 2 (1,6%) хворих: при дисемінованому туберкульозі легень – у 1 хворого, при фіброзно-кавернозному туберкульозі легень – також у одного. Разом із цим, рецидиви зустрілись у 7 (5,6%) хворих. При дисемінованому туберкульозі легень – у 2 хворих, при фіброзно-кавернозному туберкульозі легень – у 5.

Аналогічні показники у оперованих з групи спостереження суттєво відрізнялись від даних основної групи. Реактивація туберкульозу не спостерігалась у 189 (76,8 ± 3,1%). До 1 року після

основного курсу лікування загострення виникло у 5 (2,0%) хворих, від 1 року до 2-х – у 14 (5,7 ± 6,4%) хворих (при циротичному туберкульозі – у 3 хворих, при туберкуломах легень – у 4, при

Таблиця 6

Загальні результати віддаленого післяопераційного періоду за даними диспансерів

Групи хворих	Клінічні форми туберкульозу легень	Кількість хворих з реактивацією процесу			Пацієнти, зняті з диспансерного обліку						Пацієнти, що одужали від туберкульозу	Померлі	
		Відсутність реактивації	загострення	рецидиви	до 1 року	1 – 3 роки	4 – 5 років	6-10 років	11-15 років	> 15 років		від туберкульозу	від інших хвороб
Основна	циротичний		-	-	1	-	-	-	-	-	2	-	-
	фіброзно-кавернозний		2	5	4	3	5	7	6	6	67	7	18
	дисемінований		2	2		-	-	-	-	-	23	4	5
	множинні туберкуломи з розпадом		-	-	1	-	1	-	-	-	2	-	11
	всього	абс.	113	4	7	6	3	6	7	6	6	94	11
	%	91,1 ± 2,6	3,2 ± 1,9	5,6 ± 2,1	4,8 ± 1,9	2,4 ± 1,4	4,8 ± 1,9	5,6 ± 2,1	4,8 ± 1,9	4,8 ± 1,9	75,8 ± 3,8	8,9 ± 2,6	27,4 ± 4,1
Спостереження	циротичний		3	6	1	2	3	-	1	-	9	5	1
	фіброзно-кавернозний		9	19	4	11	15	15	24	8	80	17	69
	дисемінований		2	4	-	3	1	3	-	-	7	3	4
	множинні туберкуломи з розпадом		5	2	1	3	4	7	3	2	7	6	28
	всього	абс.	189	19	28	6	19	23	25	28	10	103	31
	%	76,8 ± 2,7*	7,7 ± 1,7	11,4 ± 1,8	4,1 ± 1,3	11,0 ± 2,0*	12,6 ± 2,1*	13,4 ± 2,2*	11,4 ± 1,8	4,1 ± 1,3	41,8 ± 3,14*	12,6 ± 2,1	41,3 ± 3,1*

Примітка: * – вірогідна різниця з аналогічними показниками основної групи ($p < 0,001 - 0,01$).

дисемінованому туберкульозі – у 1 хворого і при фіброзно-кавернозному туберкульозі легень – у 6). Рецидиви туберкульозу розвинулись у 38 (15,4 ± 5,9%) хворих (при фіброзно-кавернозному туберкульозі легень – у 9, при туберкуломах – у 9, при фіброзно-кавернозному туберкульозі легень – у 11, при дисемінованому туберкульозі легень – 4, при циротичному туберкульозі легень – у 6 оперованих).

Порівняльний аналіз наведених даних констатує, що реактивація специфічного процесу не спостерігалась у 91,1% в основній групі і тільки у 76,8% пацієнтів групи спостереження. При цьому загострення процесу серед хворих обох груп в перший рік спостереження відмічені практично у рівної кількості оперованих (1,6% та 2,0%) відповідно. Загострення процесу від 1 до 2 років

лікування відмічено у 1,6% хворих основної та у 5,7% хворих групи спостереження, що у 3 рази частіше. Рецидиви процесу серед оперованих основної групи (5,6%) відмічались у 3 рази рідше, ніж серед пацієнтів групи спостереження (15,0 %) (табл. 6).

Дані медичної та функціональної реабілітації досліджених диспансерами оперованих хворих у віддаленому періоді виявили значно більші рентгенологічні зміни у вигляді емфіземи, пневмосклерозу, плевролегеневих нашарувань та фіброзно-вогнищевих утворень. Аналогічні дані отримано стосовно серцево судинної системи. Серед основної групи залишилось на інвалідності 46,3% а у групі порівняння 72,3%.

Порушення функціональних показників зовнішнього дихання, віднесених нами до 2 та 3 ступеня, зустрічались частіше серед пацієнтів групи спостереження.

Таким чином аналіз безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування, клініко-рентгенологічного перебігу, медичної та функціональної реабілітації хворих дає підстави вважати, що застосування нами нових хірургічних технологій та нестандартних оперативних прийомів у хворих основної групи значно покращили загальні результати операцій на відміну від хворих групи спостереження.

ВИСНОВКИ

У дисертації узагальнені теоретичні та практичні дані щодо оптимізації хірургічного лікування хворих на розповсюджений хіміорезистентний туберкульоз легень шляхом застосування колапсхірургічних втручань. Дисертація містить нове вирішення актуальної наукової задачі у фтизіохірургії – підвищення ефективності інтраопераційної хірургічної профілактики плевролегеневих ускладнень за рахунок розробки нових методик та застосування симультанних втручань.

1. Застосування розробленої нами модифікації інтраплевральної корегуючої торакопластики дозволило зменшити кількість післяопераційних плевролегеневих ускладнень в основній групі у 3 рази, скоротити термін післяопераційного лікування в хірургічному стаціонарі на 15,6% у порівнянні із групою спостереження.

2. В ранньому та віддаленому післяопераційному періодах у хворих основної групи із виконаними симультанними операціями (резекція легені + інтраплевральна торакопластика) відмічено зменшення загострень процесу на 4,5%, рецидивів – на 9,8% на відміну від групи спостереження. Кількість неспецифічних змін в оперованій легені (емфізема, пневмосклероз, плеврокостальні зрощення) була менша на 24,1%, 7,9% і 4,3% відповідно.

3. Виконання у 23 хворих з обмеженими деструктивними формами хіміорезистентного туберкульозу легень одночасних двобічних резекцій легень через трансстернальний доступ показало їх високу ефективність. На госпітальному етапі і у віддаленому післяопераційному періоді не відмічалось плевролегеневих ускладнень та летальних наслідків. Хороші функціональні результати отримані у 90% оперованих хворих.

4. Для ліквідації післяопераційних плевролегеневих ускладнень у хворих основної групи, яким були виконані симультанні операції, реконструктивних та етапних хірургічних втручань виконано у 5,8 рази менше, ніж у групі спостереження.

5. Без ускладнень післяопераційний період проходив у 74,6% хворих основної групи і у 49,4% пацієнтів групи спостереження. Післяопераційна летальність в групі спостереження на етапах ліквідації ускладнень склала 12%, а в основній групі летальності не відмічалось.

6. За даними анкетування у віддаленому післяопераційному періоді, серед пацієнтів основної групи, що перенесли симультанні операції, відмічено зменшення кількості інвалідів II – III

груп на 14,6%, непрацюючих на 3,1%, збільшення тривалості життя на 17,8% в порівнянні з групою спостереження.

7. Застосування колабуючих хірургічних втручань (ІТ, пневмоліз), доповнених до-, інтра- та післяопераційним пневмоперітонеумом, виконання в ході операції плевректомії та декортикацій суттєво розширюють можливості лікування хворих на розповсюджені деструктивні форми хіміорезистентного туберкульозу, значно підвищують ефективність комплексного лікування цього важкого контингенту пацієнтів.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ НАУКОВИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Мадяр В.В. Інтраплевральна торакопластика при лікуванні сучасних форм розповсюдженого туберкульозу легень // Вісник Сумського державного університету - 2002. - № 8. - С. 182-184.
2. Мадяр В.В. Інтраплевральна торакопластика як альтернатива пневмонектомії при розповсюдженому туберкульозі легень // Вісник Сумського державного університету - 2002. - № 11. - С. 145-147.
3. Мадяр В.В. Показання до інтраплевральної торакопластики при плевректомії // Вісник Сумського державного університету - 2004. - № 7 (66). - С. 195-197.
4. Мадяр В.В. Роль інтраплевральної торакопластики в лікуванні розповсюдженого туберкульозу легень // Клінічна хірургія. - 2005. - № 2. - С. 43-46.
5. Боднар В.В., Мадяр В.В., П'ятикоп Г.І. До променевої діагностики синдрому плеврального випоту // Вісник Сумського державного університету - 2003. - № 7. - С. 114-117.
6. Дужий І.Д., Мадяр В.В. Модифікація варіантів інтраплевральної торакопластики при лікуванні поширеного туберкульозу легень // Вісник Сумського державного університету - 2004. - № 11. (70) - С. 57-62.
7. Дужий І.Д., Мадяр В.В., Шевченко В.П. Спосіб лікувально-профілактичної інтраплевральної торакопластики. Заявка. Зареєстрована за № 7519/2 від 17 червня 2004 року.
8. Можливості звільнення плеври від нашарувань шляхом торакоскопії / І.Д.Дужий, В.В.Мадяр, В.П.Шевченко та ін. // Збірник матеріалів 20 з'їзду хірургів України. - Тернопіль. - 2002.- С. 150-151.

АНОТАЦІЯ

Мадяр В.В. Інтраплевральна торакопластика в лікуванні розповсюджених форм туберкульозу легень. – Рукопис.

Дисертація на звання кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 - хірургія. – Інститут хірургії та трансплантології АМН України, Київ, 2005.

В процесі виконання дисертаційної роботи автор вирішував актуальну задачу фтизіохірургії – підвищення ефективності лікування хворих на розповсюджені та резистентні до протитуберкульозних препаратів форми туберкульозу легень. Доведено ефективність інтраплевральної торакопластики (ІТ) щодо безпосередніх і віддалених результатів при її застосуванні. Остання розділена на просту та розширену. Визначені і вивчені показання до виконання ІТ. Запропонована модифікація лікувально-профілактичної ІТ.

Встановлено, що застосування ІТ прискорює процес заповнення плевральної порожнини оперованою легенею, що визначає її лікувально-профілактичну дію. При цьому зменшується кількість післяопераційних ускладнень у ранній та віддалений періоди. Збільшується тривалість життя оперованих, покращується його якість та соціальна реабілітація пацієнтів.

Ключові слова: розповсюджений туберкульоз легень, оперативне лікування, інтраплевральна торакопластика.

АННОТАЦІЯ

Мадяр В. В. “Інтраплевральна торакопластика в ліченні розпространих форм туберкульозу легких”. Рукопис на звання кандидата медичних наук. 14.01.03 – Хірургія. Інститут хірургії і трансплантології. АМН України. Київ. 2005.

В процесі виконання дисертаційної роботи автор розробив модифіковану методику інтраплевральної торакопластики (ІТ), яку рекомендує розділяти на профілактичну і лікувально-профілактичну, а також просту і розширену. Застосування ІТ разом з резекційними методами є одночасними операціями. Ці втручання спрямовані на інтенсифікацію лікування розпространих форм туберкульозу легких (РТЛ) і покращення результатів, особливо при резистентності мікобактерії туберкульозу (МБТ).

Уточнені специфічні і неспецифічні показання для застосування ІТ. Вивчені особливості перебігу післяопераційного періоду, а також віддалені результати.

Під наглядом автора перебувало 401 хворий з розпространими формами туберкульозу легких, серед яких 134 пацієнти склали основну групу, а 267 – групу порівняння. В основній групі було застосовано одночасне оперативне втручання: резекційне і ІТ. В контрольній групі виконувалися тільки резекційні оперативні втручання.

У 134 хворих основної групи було виконано 136 операцій, двома з них двохсторонні. Резекційні методи мали характер від бісегментарних до розширених комбінованих і пневмоектомій. В основній групі на правому легкому виконано 60,3% операцій, а на лівому – 39,7%. В групі порівняння на правому легкому виконано 55,9% резекцій, а на лівому – 41,1%.

У значущого числа оперованих процес мав двохсторонній характер: в основній групі – у 50%, а в групі порівняння – у 17,6%. Крім цього, у значущого числа хворих в обох легких мали місце неспецифічні зміни в формі емфіземи, пневмосклероза. Виходячи з поставленої задачі і враховуючи специфічні і неспецифічні зміни в легких визначено 20 показань до виконання одночасних операцій. Профілактична 2–4 реберна інтраплевральна торакопластика виконана у 75,7%, а лікувально-профілактична з видаленням п'яти і більше ребер – у 24,3% хворих. Без особливостей післяопераційний період протікав у 74,6% хворих основної групи, а в групі порівняння – у 49,4%. Хворих, лікуваних після операції до 2-х місяців, в основній групі було на 12,1% більше, ніж в групі порівняння, до 4-х місяців – більше на 3,5%, до 6-и і більше місяців лікувалося більше хворих в групі порівняння.

Легочно-плевральні ускладнення (замедлене розправлення легких, залишкова плевральна порожнина з бронхіальними і бронхіолярними свищами або без них) в основній групі зустрілися у 7,5% в той час як в групі порівняння – у 22,5%. Зазначені ускладнення в основній групі мали місце після застосування профілактичної ІТ, а при лікувально-профілактичній не зустрілися. Для ліквідації зазначених ускладнень в основній групі потрібно було 11 реконструктивних операцій, що на одного хворого складало 1,1 додаткових операцій, а в групі порівняння – 117 втручань або ж 1,9 операцій на одного хворого. Усього в основній групі виконано 147 операцій або на 8,1% більше від потрібної кількості. В групі

сравнения выполнено 407 операций, что на 43,8% больше от должного. В отдаленном периоде (2–26 лет) изучено 79% больных основной группы и 81% – группы сравнения. Среди больных основной группы от реактивации туберкулеза умерло 8,9% больных, а группы сравнения – 12,6%. При этом среди больных, которым выполнена лечебно–профилактическая ИТ, реактиваций туберкулеза не было. В основной группе кашля не было у 22,5%, а в группе сравнения – у 10,5%. Не выделяли мокроту 16% основной группы и только 6,1% – группе сравнения. Не было одышки у 16,3% основной группы и у 8,8% группы сравнения. С учетом объективных исследований дыхания недостаточность была выявлена у 63,2% больных группы сравнения и 37,5% основной. Бактериовыделение было на 3,7% реже у больных основной группы. Рентгенологические изменения в виде эмфиземы, пневмосклероза, плеврорегочных наслоений и фиброзно–легочных образований чаще встречались в группе сравнения. Оставались на инвалидности 46,3% больных основной группы и 72,3% группы сравнения.

Изложенное дает основание считать симультанные операции с применением ИТ, главным образом лечебно–профилактического характера (с удалением 5–ти и более ребер), надежным средством лечения больных с РТЛ и устойчивостью МБТ к антибактериальным препаратам и путем к социальной реабилитации.

Ключевые слова: распространенный туберкулез легких, оперативное лечение, интраплевральная торакопластика.

SUMMARY

Madyar V.V. Intrapleural thoracoplasty in treatment of the prevalent forms of the pulmonary tuberculosis.– Manuscript. Dissertation on competition of a scientific degree of the candidate of medical sciences on a speciality 14.01.03 – surgery. Institute of Surgery and Transplantology of Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv, 2005.

In the course of the dissertation research the author solved the actual problem of modern phthisiosurgery - increasing efficiency of treating the patients with prevalent and resistant pulmonary tuberculosis. The work proves reducing efficiency intrapleural toracoplastic (IT) in direct and remote postoperative results. IT is divided into preventive and treating preventive as well as into simple and extended. Specific and nonspecific evidence to undertaking IT are determined and studied. IT modification is offered.

It is stated that using IT accelerates the process of filling pleural cavity with the operated lung, which defines its medical-preventive action. When simultant operation is performs amount of postoperative complications decreases with IT in nearest and remote postoperative period and the need for using reconstruction interference is reduced. The life expectancy of the operated patients increases, improves its quality and their social rehabilitation.

Key words: prevalent pulmonary tuberculosis, operative treatment, intrapleural thoracoplasty.